



RAZÓN SOCIAL :	GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE
IDENTIFICACIÓN:	CC-1061753160
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-02-10
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-02-14
FECHA DE PAGO:	2025-02-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-01
PERÍODO SALUD:	2025-01
NÚMERO PLANILLA:	32272671
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32272671
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 7.500
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 413.300	\$ 413.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/03/2025
----------------------------------	------------



Sucursal Virtual

10 febrero 2025 20:44:21

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1258025575

Comercio
ASOPAGOS

Referencia 1
10.10.11.80

Fecha
10 febrero 2025 20:44:21

Referencia 2
CC

Número de factura
32272671

Referencia 3
1061753160

Descripción del pago
Pago de seguridad Social Integrado

Valor del Pago
\$413,300

Número de comprobante
DBXK26IJhqMx

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 0427**



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Gabriela Solarte Bustamante** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1061753160**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1061753160
NOMBRES Y APELLIDOS	Gabriela Solarte Bustamante
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	09/11/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/2018
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	124 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/08/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1061753160 GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE Desde 01/02/2024 - Vigente

CEDULA DE CIUDADANIA 1061753160 GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE Desde 01/02/2022 Hasta 31/01/2024

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.753.160**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Enero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



DRA ALBA MARISOL MURCIA REYES
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

NIT 6536025

CONTACTOS
313377073 7630000
albamarisolmurciare@gmail.com
Carrera 17 n. 15 67 Consultorio 302
Duitama Boyacá

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE		GÉNERO: ☐ femenino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1.061.753.160	FECHA NACIMIENTO:
EMPRESA CONTRATANTE: Servicio nacional de aprendizaje SENA		TIPO EXAMEN: Ingreso
CARGO DESEMPEÑAR: Instructora	JORNADA TRABAJO: Diurno	FECHA: 7/1/2025

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES				Ninguna
☐ 1.1. Remisión a EPS	☐ 1.3. Completar esquema vacunación	☐ 1.5. Suspender tabaquismo	☐ 1.7. Control de peso ☐ nutrición	
☐ 1.2. Continuar manejo médico	☐ 1.4. Inicio o continuar actividad física	☐ 1.6. Reducir consumo de alcohol	☐ 1.8. Otras	

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				Ninguna
☐ 2.1. Calificación de origen	☐ 2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	☐ 2.7. Pausas activas	☐ 2.9. Uso diario de bloqueador solar	
☐ 2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	☐ 2.5. Uso de elementos de protección personal	☐ 2.8. Uso de corrección visual	☐ 2.10. Otros	
☐ 2.3. Seguimiento por ARL	☐ 2.6. Pautas ergonómicas			

3. RESTRICCIONES				☐ No Aplica
☐ 3.1. Trabajo en alturas ☐ 1.5 mts	☐ 3.4. Trabajos en temperaturas bajas	☐ 3.7. Trabajo en espacios confinados	☐ 3.10. Cargas	
☐ 3.2. Trabajo en altitudes ☐ 2.500 mts	☐ 3.5. Trabajo en temperaturas altas	☐ 3.8. Para conducción de vehículos	☐ 3.11. Viajes	
☐ 3.3. Trabajos en ambientes tóxicos	☐ 3.6. Trabajos con riesgo eléctrico	☐ 3.9. Manipulación de alimentos	☐ 3.12. Otros	

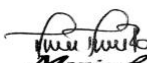
4. CONCEPTO MÉDICO			
Tipo Examen ☐ Ingreso ☐ Periódico ☐ Retiro ☐ Post Incapacidad ☐ Cambio Cargo ☐ Trabajos Especiales			
☐ Concepto Sin Restricciones para el cargo	Sin Restricciones para trabajo eléctrico	Requiere evaluar reubicación laboral	Sin restricción para continuar su labor actual
☐ Concepto Con Restricciones para el cargo Ver restricciones	Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas	Requiere nueva valoración	Sin diagnóstico de enfermedad laboral
☐ Aplazado	Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados	Satisfactorio	Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
☐ Sin Restricciones para manipulación de alimentos	Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria	Enfermedades de origen común	Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
☐ Sin Restricciones para trabajo en alturas			

5. EXÁMENES REALIZADOS					
☐ Examen físico	☐ R.Tra	☐ Perfil Lipídico	☐ TS	☐ Rotis Carígeo	
☐ Examen físico con análisis Osteomuscular	☐ R. Columna Lumbo Sacra	☐ Perfil Hepático	☐ Serología	☐ O. Uñas	
☐ Audiometría	☐ Cuadro Hemático	☐ Perfil Renal	☐ Cido rico	☐ Coprológico	
☐ Optometría	☐ Glicemia	☐ Rotis Sangre Periférica	☐ Tamizaje Drogas	☐ Baciloscopia	
☐ Espirometría	☐ Electrocardiograma	☐ Hemoclasificación	☐ Alcohol	☐ Evaluación Neuropsicológica	
☐ Visiometría	☐ Parcial de Orina	☐ Espermograma	☐ Colinesterasa	☐ Otro	

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
DISPOSICIÓN ERGONÓMICA DE SITIO DE TRABAJO. PAUSAS CADA 1 HORA. DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASAS EJERCICIO PERIÓDICO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. CONTROL DE PESO. PROTECCIÓN VISUAL. CONTROL ANUAL. INGRESO SVE OSTEOMUSCULAR. CONDICIÓN DE SALUD SE ADAPTA AL PERFIL DEL CARGO CON RECOMENDACIONES ANOTADAS.

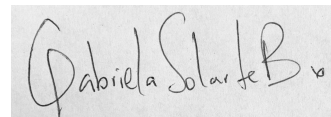
Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de 07/01/2025 en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:


Alba Marisol Murcia Reyes
Médico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
LSC. 0562/2019

ALBA MARISOL MURCIA REYES
Medicina especializada Medicina Ocupacional
Registro Profesional 0562/19

PACIENTE:



Gabriela Solarte Bustamante





CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacaucá
al servicio del trabajador y su familia

NIT: 691500182-0
Dirección: Calle 2 N # 6 A - 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

E-mail: cobranzasalud@comfacaucá.com
Cel: 323 566 3953
Tel: (601) 8231868 ext 310

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Fecha: 15/01/2025 Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Atención N°: 43660
Tipo Examen: LABORATORIOS
CC: 1061753160 Nombre: SOLARTE BUSTAMANTE GABRIELA Eps: _____
Fecha Nacimiento: 09/11/1992 Edad: 32 AÑOS 2 MESES 6 DÍAS Genero: FEMENINO
Dirección: CLL 10 8-21 Empresa: PARTICULARES Ocupación: TRABAJADORA SOCIAL
Teléfono: 3103919219

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre del Acompañante: NO Parentesco: NO Telefono Acompañante: NO
Nombre del Responsable: NO REPORTA Parentesco: NO REPORTA Telefono Responsable: NO REPORTA

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLIGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo (Horas): 8 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiómetro utilizado: AMPLIVOX 116 F. Última Calibración: 2024-03-14

☐ : Vía aérea del OD ☒ : Vía aérea del OI
☒ : Vía ósea del OD (sin enmascarar OD) ☐ : Vía ósea del OI (sin enmascarar OI)

OTOSCOPIA

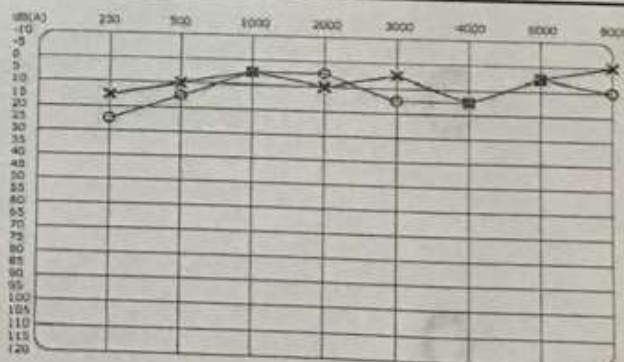
Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-------	-----	-----	------	------	------	------	------	------

VAOD	25	15	5	5	15	15	5	10
------	----	----	---	---	----	----	---	----

VAOI	15	10	5	10	5	15	5	0
------	----	----	---	----	---	----	---	---



PTA Oído Derecho

10.00

PTA Oído Izquierdo

7.50

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB)

Oído izquierdo:

Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
2011	EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN	AMBOS	NO APLICA	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

USE PROTECCIÓN AUDITIVA

Observaciones

SE REALIZA VALORACIÓN CON TODO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y ELEMENTOS DE PERSONAL (EPP). SE OBTIENE:
IDX: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL. SE DAN PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO.

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Sandra Patricia García Rivera
Comandante del Sector Salud
C. G. Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombre:

GARCÍA RIVERA SANDRA PATRICIA

R. M.:

655365

L.S.O.:

Impreso el 15/01/2025 a las 11:19 a.m.



Código de Seguridad

B670H2N43660

Página 2 de 2

TRABAJADOR

Firma:

Gabriela Solarte Bustamante

Nombre:

SOLARTE BUSTAMANTE GABRIELA

CC

1061753160

Software para el sector salud - www.tiofile.com.co

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación	Lote N°	Firma y sello
Hepatitis A	1a.			
	2a.			
	3a.			
Hepatitis B	1a.	16-01-25	03430000	
	2a.	16-02-25		
Influenza	1a.			
	2a.			
Varicela	1a.			
	2a.			
MMR	1a.			

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación	Lote N°	Firma y sello
Fiebre Amarilla	1a.			
	2a.			
	3a.			
Tétanos	1a.			
	2a.			
	3a.			
Otras	1a.			
	2a.			
	3a.			



Cel: 311 733 3333
Dir: Cra. 6 No. 5N-33 B/Bolívar

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cauca

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: Gabriel Salazar B.

Identificación: 1061753160



Ficha de Evaluación Ocupacional



Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Fecha: 15-ene.-25 Nombre: Gabriela Solarte Bustamente ID: 1061753160 Edad: 32 Sexo: Tel: 3103919219

Entidad: SENA

Area de Trabajo:

Cargo: Instructor

Dirección: Cl 10 No. 821

Municipio: Popayan

Sexo: Femenino

Antecedentes ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Tto Qx ☐ Trauma Ocular ☐ LASIK ☒ Gafa ☒ VL ☒ VP

Tipo de gafa que usa: Monofocal último control: Más de 1 año

Sintomatología

☐ Cefalea ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Ojo Rojo ☐ Escosor ☐ Baja Av VI ☐ Baja AV Vp ☐ Dolor Ocular

☐ Astenopía ☐ Secreción ☐ Fosfenos ☐ Fotofobia ☐ Salto de renglones ☐ Confusión de letras o Renglones

Riesgos ☐ Humo ☐ Radiación Infra Roja ☐ Radiación Ultra Violeta ☐ Iluminacion Baja ☐ Iluminacion Alta

Ocupacionales

☐ Polvo ☐ Disolventes ☐ Vapores ☐ Liquidos ☐ Riesgos Ergonomicos ☐ Monitores Nivel de estress:

☐ Esquirlas ☐ Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion dia: Tiempo de exposicion acumulado:

Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

☒ AV VL CC Av OD: 20/25 AV OI: 20/30 AV A.O: 20/25 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL:

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☒ AVVPCC A.V OD: 0.50M A.V OI: 0.50M A.V AO: 0.50M Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: -1,50 20/20 Rx OI: -1.50 Av OI: 20/20 Add OD: Av:

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: AV:

Gafa Recomendada: Monofocal

Presión Intra Ocular:

PIO OD: 10 PIO OI: 11 Papila OD: Normal Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Miopía Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

Evaluado Por: Africany ☐ Remitido a Optometría ☐ Remitido a Oftalmologia

Notas: Usa ODI -1.25. Se receominda actualizar la formula.



LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Psicóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre : **GABRIELA SOLARTE BUSTAMENTE**
Identificación : **1061753160**
Edad : **32 años**
Entidad : **Comfacauca IPS**
Fecha toma de muestra : **Enero 15/2025**
Fecha informe de muestra : **Enero 15/2025**

EXAMEN SOLICITADO

RESULTADO

V. REFERENCIA

Glicemia Basal : **73 mg/dl** **50 – 100 mg/dl**

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.


Carmen Elisa Rentería P.
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
RM N° 3826



VALORACION OCUPACIONAL

DATOS DEL COLABORADOR	
NOMBRE	GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE
EDAD	32 años
FECHA	30 Enero del 2025
HORA	1:00 PM
EMPRESA	SENA
TIPO DE SEGUIMIENTO	VALORACION PSICOSOCIAL
METODOLOGIA	Presencial

EVALUACION



- Ingresó paciente al consultorio por sus propios medios su marcha es estable, se muestra alerta consciente, no presenta dificultad, buena orientación en tiempo lugar y persona. su edad cronológica concuerda con su edad aparente, su vestimenta y cuidado personal son acordes a la situación, buena actitud colabora durante la consulta, estado de ánimo adecuado, habla fluida.
- Desarrollo afectivo: paciente que hace contacto visual, no presenta conductas extrañas frente a contextos diferentes, socializa con facilidad.
- La paciente refiere: me envía la empresa para valoración psicosocial para renovación de contrato.
- Relaciones interpersonales: Cuenta con buena red de apoyo familiar y social.
- Personas a cargo: No Refiere
- Antecedentes familiares: No refiere
- Antecedentes personales: No refiere
- Factores externos: La paciente manifiesta que la economía familiar es compartida con su pareja.
- Actividades Extralaborales: (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas): Refiere Le gusta pasar tiempo en familia y pareja, le gusta realizar deporte una vez al mes.



	<ul style="list-style-type: none">• Niega consumo de sustancias psicoactiva, alcohol, tabaco y SPA.• A nivel intralaboral: La paciente manifiesta buena interacción con sus compañeros, cuenta con apoyo mutuo.• Relación con jefe inmediato: refiere buena interacción, escucha y apoyo continuo.• Tiempo de experiencia: la paciente manifiesta llevar 11 meses en el cargo de instructora.• La paciente no presenta sintomatología relacionada al estrés, ansiedad ni depresión.• Se trabaja con la paciente entrevista semiestructurada, dialogo socrático, se realiza test de estrés, ansiedad y depresión. No presenta sintomatología actual.
--	--

OBSERVACIONES



- No muestra alteración en alguna de sus competencias laborales que requieran de seguimiento por psicología ocupacional.
- No se evidencia en la actualidad situaciones de estrés crónico que estén afectando su salud mental.
- Se sugiere capacitación mediante los Sistemas de vigilancia epidemiológica y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.

CONCEPTO FINAL



La Psicóloga Catherine Flor, Especialista en Seguridad y salud del trabajo con licencia vigente N° 12508-10-2018 mediante evaluación psicológica, certifica que la Señora, **GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.061.753.160 de Popayán, **CUENTA CON LAS COMPETENCIAS REQUERIDAS**, para ocupar el cargo al que aspira actualmente

CONCLUSIONES

Presenta funciones cognitivas conservadas e indicadores de estabilidad emocional. No presenta en el momento sintomatología referente al estrés.

CATHERINE FLOR PSICOLOGA

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC 12508-10-2018

	<div>DRA ALBA MARISOL MURCIA REYES</div> <div>MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL</div> <div>NIT: 46453602-5</div>										<div>CONTACTOS</div> <div>3133770743 - 7630000</div> <div>albamarisolmurciareyes@gmail.com</div> <div>Carrera 17 n. 15 - 67 Consultorio 302</div>										
DATOS PERSONALES																					
NOMBRES Y APELLIDOS		GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE																			
IDENTIFICACIÓN	TIPO DE DOCUMENTO	CC	CE	Nº DOCUMENTO	1061753160					SEXO	F	X	M								
EDAD (Años Cumplidos)		32 AÑOS				FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				09/NOV/1992 - POPAYÁN											
OFICIO ACTUAL O ACTIVIDAD PRINCIPAL			INSTRUCTORA					ÁREA	HABILIDADES BLANDAS			LATERALIDAD									
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA			AÑOS		3	MESES					ANTIGÜEDAD EN OFICIO ACTUAL		AÑOS		MESES		11				
DURACIÓN JORNADA LABORAL		HORAS	8	MINUTOS					EPS	SANITAS											
DEPORTE O ACTIVIDAD FÍSICA		SI	X	NO	FRECUENCIA		1 VEZ A LA SEMANA			X	2 VECES A LA SEMANA			3 O MAS VECES							
HÁBITOS		FUMADOR	SI		NO	X	EXFUMADOR		SI		NO	X	ALCOHOL		CONSTANTE		OCASIONAL	X		NO APLICA	
ANTECEDENTES GENERALES																					
1	PATOLÓGICOS								5	HOSPITALARIOS											
2	TOXICO - ALÉRGICOS								6	TRAUMÁTICOS											
3	PSIQUIÁTRICOS								7	QUIRÚRGICOS											
4	OSTEOMUSCULARES								8	MEDICAMENTOS											
DIAGNOSTICO MEDICO ACTUAL																					
INCAPACIDAD LABORAL		SI		NO	X	CAUSA					FECHA							CANT. DÍAS			
ANTECEDENTES LABORALES																					
No.	EMPRESA						CARGO						TIEMPO								
1																					
2																					
3																					
ANTECEDENTES ATEL																					
No.	EMPRESA				DIAGNOSTICO/LESIONES				FECHA DEL DIAGNOSTICO O ACCIDENTES DE TRABAJO				SECUELAS								
1																					
2																					
3																					
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR																					
TALLA	1.55	PESO	60	IMC			NORMAL	X	SOBREPESO				OBESO			DÉFICIT DE PESO					
SINTOMATOLOGÍA REFERIDA																					
DOLOR	LOCALIZACIÓN	NINGUNA																			
TIPO		QUEMANTE					IRRADIADO					PUNZANTE					HORMIGUEO				
		CONSTANTE					INTERMITENTE					FLUCTUANTE					ADORMECIMIENTO				
INTENSIDAD		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
DOLOR	LOCALIZACIÓN	NINGUNA																			
TIPO		QUEMANTE					IRRADIADO					PUNZANTE					HORMIGUEO				
		CONSTANTE					INTERMITENTE					FLUCTUANTE					ADORMECIMIENTO				
INTENSIDAD		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
VALORACIÓN FUNCIONAL																					
	DERECHO	IZQUIERDO	OBSERVACIONES								DERECHO	IZQUIERDO	OBSERVACIONES								
HOMBRO			NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES				Flexión dedos (IFP)				B	B									
Flexión	B	B					Flexión dedos (IFD)				B	B									
Extensión	B	B					Extensión dedos (IFP)				B	B									
Abducción	B	B					Extensión dedos (IFD)				B	B									
Aducción	B	B					Abducción dedos				B	B									
Rotación externa	B	B					Aducción dedos				B	B									
Rotación interna	B	B					Flexión pulgar				B	B									
CODO			NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES				Extensión pulgar (MTF/IF)				B	B									
Flexión	B	B					Abducción pulgar				B	B									
Extensión	B	B					Aducción pulgar				B	B									
ANTEBRAZO			NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES				Oposición pulgar				B	B									
Supinación	B	B					Abducción meñique				B	B									
Pronación	B	B					Oposición meñique				B	B									
MANO			NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES				TRONCO						NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES								
Flexión muñeca	B	B					Flexión				B	B									
Extensión muñeca	B	B					Extensión				B	B									
Desviación ulnar	B	B					Inclinación				B	B									
Desviación radial	B	B					Rotación				B	B									
NOTA:	BUENO (B) Completo el arco máximo de movimiento						REGULAR (R) Ángulos submaximos						MALO (M) No hay movimiento								
EVALUACIÓN FUERZA MUSCULAR																					
GRUPO MUSCULAR					D	I	GRUPO MUSCULAR					D	I								
1	FLEXORES DE HOMBRO				B	B	5	FLEXORES DE MUÑECA				B	B								
2	EXTENSORES DE HOMBRO				B	B	6	EXTENSORES DE MUÑECA				B	B								
3	FLEXORES DE CODO				B	B	7	ABDOMINALES				B	B								
4	EXTENSORES DE CODO				B	B	8	ESPINALES				B	B								
NOTA:	BUENO (B) Calificación de 4 y 5						REGULAR (R) Calificación de 2 y 3						MALO (M) Calificación de 0 y 1								
PRUEBA DE FLEXIBILIDAD																					
UBICACIÓN/OBSERVACIÓN							LEVE		MODERADA			SEVERA									
TES DE FLEXIBILIDAD							X														
PRUEBAS FUNCIONALES																					
NO.	PRUEBAS DE HOMBRO				D	I	NO.	PRUEBAS DE CODO				D	I								
1	MANIOBRA DE NEER				(-)	(-)	6	MANIOBRA DE COZEN				(-)	(-)								
2	MANIOBRA DE APLEY				(-)	(-)	7	MANIOBRA DE COZEN INVERTIDA				(-)	(-)								
3	MANIOBRA DE HAWKINS-KENNEDY				(-)	(-)	PRUEBAS DE MANO-MUÑECA														
4	MANIOBRA DE YOCUM				(-)	(-)	8	MANIOBRA DE FINKELSTEIN				(-)	(-)								
5	MANIOBRA DE SPEED				(-)	(-)	9	MANIOBRA DE MUCKARD				(-)	(-)								
							10	MANIOBRA DE TINEL				(-)	(-)								
PRUEBAS DE COLUMNA					(-)	(-)	11	MANIOBRA DE PHALEN				(-)	(-)								
12	MANIOBRA DE LASEGUE																				

Escriba (+): Positivo, (-): Negativo

POSTURA					
ANTERIOR	HALLAZGO	LATERAL	HALLAZGO	POSTERIOR	HALLAZGO
Cabeza	RECTA	Cabeza	RECTA	Escápulas	SIMÉTRICAS



CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017

Certifico que el señor (a) contratista **SOLARTE BUSTAMANTE GABRIELA** identificación cedula de ciudadanía No **1061753160** cumple con los documentos del siguiente perfil

CIUU	Área del contratista	Labor	Exámenes preempleo	Énfasis	Vacunación obligatoria hepatitis B
3331201	Instructor	Contratista	Optometría Audiometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	Si () No (X)

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: “Exámenes Preocupaciones para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general”. Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

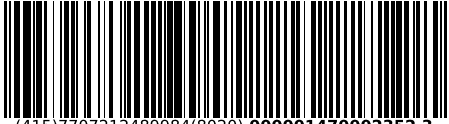
VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo

Universidad del Cauca

Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 1 de febrero de 2025

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14700023523			
				 (415)7707212489984(8020) 000001470002352 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 0 6 1 7 5 3 1 6 0		4		Impuestos y Aduanas de Popayán		1 7	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		1 0 6 1 7 5 3 1 6 0			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Cauca		Popayán 0 0 1	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
SOLARTE		BUSTAMANTE		GABRIELA			
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		1 6 9		Cauca		Popayán 0 0 1	
41. Dirección principal							
CL 10 8 21							
42. Correo electrónico gabisolbus@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				8 3 5 6 8 7 3		3 1 0 3 9 1 9 2 1 9	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
7 4 9 0 2 0 1 2 1 2 1 7							
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada: Gabriela Solarte B.			
984. Nombre SOLARTE BUSTAMANTE GABRIELA				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE** identificado con CC No. **1061753160**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 12/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 07/02/2025 Fecha fin de Contrato: 13/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012389005.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061753160 el día 10/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



Hace constar:

Que el Sr(a) GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061753160 realizó el día 10/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061753160 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Gabriela Solarte B.
1061753160 POP.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Certificación Bancaria

Jueves, 16 de enero de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que GABRIELA SOLARTE BUSTAMANTE identificado(a) con CC 1061753160, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	86831280427	2014-09-22	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

No. PÓLIZA	CCS-100038393	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	100132408	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	03/02/2025	SUC. EXPEDIDORA	CEN CALI SUR		
VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA			
00:00 Horas Del	03/02/2025	24:00 Horas Del	13/04/2026	N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

NOTA: SE ACLARA QUE LA ENTIDAD ASEGURADA Y/O BENEFICIARIA ES: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA NIT 899.999.034-1

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno de estos canales por medio de:

Página web: www.seguros-mundial.com.co

Correo electrónico: mundial@seguros-mundial.com.co

Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"



GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

- (I)** LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
- (II)** EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
- (III)** LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

- 2.1** CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).
- 2.2** DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
- 2.3** USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
- 2.4** EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

- 5.1** EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARÁ A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARÁ LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTA, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACRENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

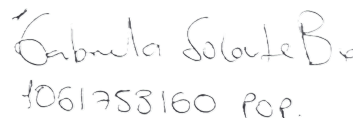
EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS 03 DÍAS DEL MES DE febrero DE 2025

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**
1061753160 POP.**EL TOMADOR/ASEGURADO**

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza CCS-100038393 y endoso, 0 cuyo afianzado es: SOLARTE BUSTAMANTE, GABRIELA Asegurado o Beneficiario: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DECOMERCIO Y SERVICIOS / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DECOMERCIO Y SERVICIOS , expedida por la Compañía en 03/02/2025, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN CALI SUR a los 03 días del mes FEBRERO del año 2025.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

100132408

Fecha de Facturación

03/02/2025

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

Póliza No.

CCS-100038393

Periodo Facturado

03/02/2025

13/04/2026

Fecha Límite de Pago

05/03/2025

Prima (incluye gastos de expedición)

25.000,00

IVA

4.750,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

29.750,00

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

SOLARTE BUSTAMANTE, GABRIELA

CL 10 8 21

1061753160

Intermediario

JAVIER PAZ SUAREZ
Y CIA LTDA SUS
ASESORES

Cheque

Banco

No Cuenta

No Cheque

Valor Cheque

TOTAL

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **05/03/2025** se aplicará la cláusula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA NIT 900531292-7**, al respaldo endóselo correctamente y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

100132408

Fecha de Facturación

03/02/2025

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

Póliza No.

CCS-100038393

Periodo Facturado

03/02/2025

13/04/2026

Fecha Límite de Pago

05/03/2025

Prima (incluye gastos de expedición)

25.000,00

IVA

4.750,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

29.750,00

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

SOLARTE BUSTAMANTE, GABRIELA

CL 10 8 21

1061753160

Intermediario

JAVIER PAZ SUAREZ
Y CIA LTDA SUS
ASESORES

Cheque

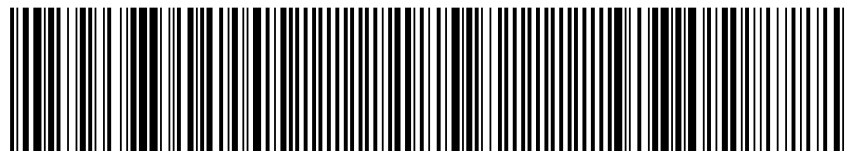
Banco

No Cuenta

No Cheque

Valor Cheque

TOTAL

Corresponsales
OPCIÓN 1

(415)7709998434219(8020)00000100132408(3900)000000029750(96)20250305

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990100132408(3900)000000029750(96)20250305

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1



CORRESPONSALES










OPCIÓN 2



BANCOS









CORRESPONSALES



Tu compañía siempre

Comprobante de pago en línea

Comercio

FAP MUNDIAL

Número de comprobante

DBNgBj1PcGyx

CUS

1240316139

Fecha y hora

3 febrero 2025 14:47:27

Número de factura

8611908238658171

Descripción del pago

poliza gabriela solarte

Referencia 1

CC1061753160

Referencia 2

2800:e2:9380:28b:1170:c6bf:b72d:863a

Referencia 3

8611908238658171

Producto origen

****0427

Costo de la transacción

\$ 00.0 COP

Total Pagado: \$ 29,750.0



RECIBO ELECTRONICO No. 113574261

NIT: 860.037.013-6

CIUDAD Y FECHA: CALI 3/02/2025 2:49:19 p.m.

VALOR TOTAL: \$29.750,00

RECIBO DE: SOLARTE BUSTAMANTE GABRIELA

NUMERO DE IDENTIFICACION: 1061753160

POR CONCEPTO DE: PAGO ELECTRONICO DE PRIMAS

FORMA DE PAGO:

Medio De Pago	No. De Documento	No. Autorización	Entidad	Valor
P.S.E.	20259900162950	1240316139	BANCOLOMBIA	29.750,00

OBSERVACIONES:

Ramo: CUMPLIMIENTO Póliza(s): 100038393 Certificado(s): 100132408;

FIRMA AUTORIZADA

CAJA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS

DIRECCIÓN IP: 10.158.85.50 CORREO:

TES-08N-05/2019